FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS-OUEST

Année 1975

N° 71

THESE

pour le

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

LEVEILLARD Chantal, épouse TESTEMALE

Née le 22 juillet 1949, à NEUILLY - sur - SEINE -

Présentée et soutenue publiquement le 1975

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'AMIBIASE GÉNITALE

Président : M. BRUMPT, Professeur.

Polycopie Gilanne - 36, rue Falguière - 75015 - Paris

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548106_0001

FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS-OUEST

Année 1975 N°

THESE

pour le

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

LEVEILLARD Chantal, épouse TESTEMALE

Née le 22 juillet 1949, à NEUILLY - sur - SEINE -

Présentée et soutenue publiquement le 1975

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'AMIBIASE GÉNITALE

Président : M. BRUMPT, Professeur.

Polycopie Gilanne - 36, rue Falguière - 75015 - Paris

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

A MES PARENTS,

A MON MARI, LOUIS,

A MA FILLE MAÏLYS,

A MES AMIS.

A N O T R E M A I T R E

Monsieur le Professeur L. C. BRUMPT,

- Professeur de Pathologie exotique de la Faculté de Médecine de Paris,
- Membre de l'Académie de Médecine,
- Secrétaire général de l'Institut de Médecine Tropicale de Paris,

Pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse, pour les conseils qu'il a bien voulu nous donner, pour l'accueil chaleureux qu'il nous a toujours réservé, pour la valeur de son enseignement, imagé et passionnant, de la Médecine Tropicale ;

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre gratitude et l'assurance de notre profond respect.

A MADAME LE DOCTEUR HOUBRON,

. Gynécologue,

Qui a vu notre malade et grâce

à qui le diagnostic d'amibiase génitale

a été porté.

PLAN

I - INTRODUCTION

II - HISTORIQUE

III - OBSERVATION

IV - TABLEAUX

V - EPIDEMIOLOGIE :

Facteur déterminant : l'amibe

Facteurs favorisants : généraux et individuels

VI - CLINIQUE

A. Antécédents

B. Signes cliniques chez la femme

C. Formes cliniques :

amibiase ches l'homme
association amibiase-cancer
association amibiase-infection génitale

D. Traitement et prophylaxie

VII - DISCUSSION

A. Etiopathogénie

B. Amibiase et infection génitale

C. Amibiase et cancer

D. Amibiase et grossesse

VIII - CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

I - INTRODUCTION

Une centaine de cas d'amibiase génitale de la femme ont été décrits à ce jour. Nous rapportons ici le premier cas français chez une Parisienne ayant récemment séjourné en Algérie. Elle a développé en moins de deux mois une triple localisation amibienne : intestinale, génitale et hépatique. L'association de l'amibiase génitale avec le cancer ou une autre infection génitale est fréquemment retrouvée.

Chez l'homme, une cinquantaine de cas ont été décrits ; la maladie se présente sous la forme d'une infection vénérienne.

Dans les deux sexes, l'évolution est favorable sous traitement anti-amibien.

- - - - - -

H I S T O R I Q U E

L'amibiase intestinale est connue cliniquement depuis très longtemps sous les tropiques et sur le pourtour méditerranéen. L'amibe histolytique a été vue et décrite pour la première fois en 1875. Les localisations hépatiques, pulmonaires, cérébrales ont été décrites depuis. En 1892, NASSE décrit le premier cas d'amibiase cutanée.

Les premiers cas d'amibiase génitale sont de découverte plus récente: 1922 chez l'homme, 1932 chez la femme.

1922 : WARTHIN décrit le premier cas aux U S A chez un émigré russe. Il s'agit d'une localisation testiculaire et épididymaire, découverte à l'examen nécropsique d'un amibien chronique décédé d'une pneumonie.

1923 : HINES aux U S A, découvre des amibes dans le liquide séminal obtenu par massage au toucher rectal chez un amibien chronique se plaignant de douleurs périnéales. Le traitement émétinien stérilise facilement le foyer intestinal mais non les vésicules séminales.

1924 : STRAUB, aux Indes néerlandaises, trouve des amibes dans un ulcère du pénis. L'homme pratique une sodomie active et n'est pas atteint d'amibiase intestinale.

1933 : ROCCA, chez un homme se plaignant de douleurs péninéales, découvre des amibes hématophages dans le liquide obtenu par massage prostatique.

Depuis, une cinquantaine de cas ont été décrits chez l'homme.

1932 : LEE, en Chine, publie les deux premiers cas d'amibiase génitale chez deux femmes atteintes de cancer du col et du vagin. Dans les zones nécrosées de la tumeur sont découvertes des amibes histolytiques en plus des cellules cancéreuses.

1933 : NGAI, en Chine, publie le premier cas d'amibiase vulvaire. Il s'agit d'une masse ulcérée de la vulve, d'abord traitée comme une syphilis. Puis, des amibes ont été découvertes et le traitement antiamibien a amené la guérison.

1935 : WU, en Chine, examine une malade adressée pour cancer du col. Dans la biopsie, il découvre des amibes. Le traitement local au permanganate de potassium amène la guérison.

Depuis, une centaine de cas ont été décrits chez la femme.

BHADURI, aux Indes, publie deux cas de salpingite amibienne.

PANAYOTOTOU décrit une mastite amibienne, et

WILLIAMSON, un abcès amibien de l'ovaire.

Ce sont les seuls cas de la littérature.

- - - - -

III - OBSERVATION

L'histoire de Madame L..., 49 ans, débute au cours d'un voyage touristique en Algérie du 1er au 30 septembre 1974.

Le 15 septembre : elle consulte à l'hôpital Mustapha d'Alger pour une diarrhée non sanglante (14 selles par jour), fécale le matin puis glaireuse.

Traitement : Bactisubtil et élixir parégorique.

La diarrhée persiste.

Le 2 octobre, lendemain de son retour en France, Madame L... consulte son médecin qui prescrit : Mexaforme, Lactiflore, Direxiode.

Les jours suivants, la diarrhée persiste, fécale et non sanglante le matin, mais dans la journée apparaissent des épreintes avec émission de sang et de mucus. En même temps, apparaissent des pertes vaginales teintées de sang.

Le 25 octobre, un lavement baryté est normal.

Le 30 octobre, la recherche de parasites dans les selles est négative, et la coproculture met en évidence des entérocoques.

Le 3 novembre, lors de la consultation du Professeur Léger, l'examen montre un coecum douloureux avec empâtement du petit bassin. Il est demandé un complément d'examens radiologiques, et est évoquée la possibilité d'une intervention.

La numération formule sanguine révèle une hyperleucocytose avec polynucléose (14 000 blancs dont 68 % de Polyneutrophiles).

Les jours suivants, les douleurs du petit bassin s'accentuent ainsi que les pertes vaginales, purulentes et sanglantes.

Le 13 novembre, le transit du grêle est normal.

Le 14 novembre, la malade consulte le Docteur Houbron, Gynécologue qui :

- pratique un toucher vaginal provoquant une douleur de la fosse iliaque D.

- examine le col au speculum, mettant ainsi en évidence une ulcération plane, à contours géographiques nets, couleur chair musculaire, évoquant la syphilis. Il n'existe pas de fistule recto-vaginale.

- fait des prélèvements pour le laboratoire :

  . frottis exo et endo-cervical, fixés par la technique de Papanicolaou montrant un contexte hémorragique et inflammatoire, des nappes de mucus constellés de polynucléaires altérés, de macrophages et de débris cellulaires. Il n'existe aucun élément suspect de malignité. CYTOLOGIE CLASSE II (Docteur Hamelin).

  . Prélèvement vaginal dans lequel on retrouve des amibes hématophages (Laboratoire Dupont).

Le 16 novembre pendant le week-end, alors qu'elle est à son domicile, elle présente un épisode fébrile (39°5) et une douleur en coup de poignard de l'hypochondre droit, avec irradiation scapulaire droite.

Le lendemain, sur les conseils du professeur BRUMPT, la malade est hospitalisée à l'hôpital Laënnec, dans le service du professeur CORNET.

Il est constaté un amaigrissement de 14 kg.

A l'examen, le coecum est très douloureux, le foie déborde de 9 cm le rebord costal et il existe une douleur nette à l'ébranlement du foie. Le reste de l'examen est normal.

Le toucher vaginal, en râclant le doigtier, permet de recueillir du mucus. L'examen direct montre des amibes offrant les caractères de taille et de mobilité de Entamoeba histolytica.

A l'examen au speculum, des lésions circinées discrètes sont mises en évidence.

La rectosigmoïdoscopie (Docteur Barboer) permet d'observer des ulcérations rectales de petite taille, typiques, recouvertes de glaires purulentes, séparées par des zones oedématisées mais saines. Une curette mousse est montée sur une pince pour gratter le fond de l'ulcération. L'examen au microscope du prélèvement montre des amibes hématophages. Le sigmoïde et le canal anal sont indemnes.

La scintigraphie hépatique (Docteur Paillard) montre un gros foie avec une zone d'hypofixation (partie externe et antérieure du lobe droit).

L'hyperleucocytose persiste (18 400 GB dont 79 % de PN Neutrophiles).

La vitesse de sédimentation est fortement accélérée (95-116).

Les tests hépatiques sont normaux. Les réactions d'immunofluorescence (Docteur Petitthory) montrent une forte positivité pour l'amibiase (1/200°). Les Ig E sont augmentées.

La malade est traitée par le Flagyl (8 comprimés par jour).

L'évolution est favorable dès l'institution du traitement, assez rapide, mais non spectaculaire :

- La température revient à la normale.
- La diarrhée et les pertes vaginales régressent en 4 jours.
- La douleur hépatique persiste plus longtemps.
- L'hyperleucocytose et la V.S. demeurent inchangées.
- La rectosigmoïdoscopie est normale.
- La scintigraphie hépatique de contrôle est normale.

Mais 15 jours plus tard, on note une reprise évolutive avec clocher fébrile (38° le soir). Le traitement est modifié : le Flagyl est remplacé

par la Déhydro-émétine (6 cg par jour pendant 11 jours, à laquelle sont associées vitamine BI et Strychnine.

Le 17 décembre, la malade sort, apyrétique, apparemment guérie.

Madame L... est suivie les mois suivants : La guérison semble définitive. Les examens de selles sont négatifs. V.S. et N.F.S. sont normalisées fin janvier. Les réactions d'immunofluorescence restent positives à des taux élevés, ce qui est classique après une amibiase hépatique.

En résumé : une malade de 49 ans, sans antécédents pathologiques particuliers, développe, après un voyage en Algérie, une triple localisation amibienne : intestinale, génitale et hépatique.

— — — —

Cette observation présente quelques particularités :

- du point de vue épidémiologique
- du point de vue clinique
- du point de vue traitement.

1. Epidémiologie : L'Algérie est un pays peu amibien. Il est étonnant qu'une contamination aussi massive ait pu avoir lieu chez une touriste. Le caractère très extroversé et expansif de la malade l'a poussée à parcourir les douars, buvant l'eau des oueds et des cruches de l'habitant. Par deux fois, elle a été invitée à des mariages algériens. Pendant ce temps, ses compagnons de voyage ont fréquenté les plages et n'ont pas été contaminés.

2. Clinique : Cette femme a développé en moins de deux mois une triple localisation amibienne : intestinale, génitale et hépatique. Ce fait n'a été décrit qu'une fois dans la littérature, chez une fillette de 13 mois (BIAGI, 1960).

La simple localisation hépatique chez la femme est exceptionnelle avant la ménopause mis à part après hystérectomie, ce qui est le cas ici. Les localisations génitales sont rares et uniquement rencontrées en pays de grande endémie amibienne.

Les faits suivants ont pu jouer un rôle : contamination massive chez une femme sans antécédents amibiens, hystérectomie 20 ans plus tôt, et surcharge pondérale qui constitue pour beaucoup un facteur favorisant.

Des examens de selles, répétés, ont été constamment négatifs chez cette malade traitée par anti-amibiens de contact pour une diarrhée d'étiologie inconnue. Ce fait a retardé le diagnostic d'amibiase. C'est dans les pertes vaginales que l'on a trouvé des amibes pour la première fois.
Par la suite, on a poursuivi les investigations afin de faire la preuve d'une infestation intestinale, origine de la contamination génitale.

3. Traitement : Le Flagyl, certes efficace, n'a pas eu de résultat spectaculaire. La Déhydro-émétine, qui a pris le relais du traitement, a stérilisé complètement toutes les lésions (recul de 5 mois).

- - - - -

IV - T A B L E A U X

RESUMANT LES SIGNES CLINIQUES,

LE TRAITEMENT ET L'EVOLUTION

de l'AMIBIASE GENITALE -

C H E Z L A F E M M E -

ANNEE	AUTEUR	AGE	LIEU	ATC SELLES	S.F.	S.P. + SPECULUM	D.G. INITIAL	D.G. FINAL	TT. EVOLU
1932	LEE	67	CHINE	Dysent.	Leucorr. + sang	Tumeur vagin+ col	Cancer du col	cancer du col +amibiase génitale	
1932	LEE	48	CHINE	Dysent.	Leucor. + sang doul.abdomin.	Col ulcéré tumeur envahiss.	Cancer du col	Cancer du col +amibiase génitale	
1933	NGAI	43	CHINE		Tumeur vulvaire	Hématurie	Syphilis	Amib.génito-urinaire	Emétine Guérison
1935	WU	33	CHINE	Gonoc.	Leucor. + sang	Col :masse nécrosée	Cancer du col	Amib.du col	Emétine Guérison
1940	NISIOKA						Carcinome	Amib.génit.	
1942	BACIGA-LUPO		ARGEN-TINE	ATC =0 Selle=0		Vagin + Vulve	Carcinome	Amib.génit.	
1943	MORSE	42	CHINE		Leucor. doul. abdom.	vagin ulcéré,col anus congestif	Carcinome	Amib.génit. & péri-anale	Emétine Guérison
1943	MORSE		CHINE		Leucor.	vagin + utérus		Amib.génit.	
1943	BICKERS		U S A		Leucor.	vagin		Amib.génit.	
1943	BALARU-RAH		INDES		Leucor.	vagin		Amib.génit.	
1944	de RIVAS	70	USA	selles = +	Leucor. diarrh.	vagin + utérus	Carcinome	Amib.généralisée	DCD de l'amibiase
1945	MAC CO-NAGHEY				perte de sang	vagin + utérus vulve		Amib.génit.	Emétine guérison
1946	ROSE	41	CHINE	selles = +	Leucor. doul. abdom.	ulcère du vagin		Amib.génit.	Emétine guérison
1946	ROSE	60	CHINE	selles = 0	Leucor.	vagin +col + vulve		Amib.généralisée	Emétine guérison
1947	GARIN		AFRIQ.					Amib.génit.	
1947	BRAS				Leucor.	vagin		Amib.génit.	
1948	WEIN STEIN 4 cas				Leucor. + sang	vulve+vagin +péri-anal		Amib.génit. & péri-anale	Emétine Guérison

ANNEE	AUTEUR	AGE	LIEU	ATC SELLES	S.F.	S P + SPECULUM	D G INITIAL	D G FINAL	TT.EVOLUT.
1949	SEN		INDES	Selles = +	Leucorr. doul.périnée	vagin+col + vulve		Amib.génit.	Emétine guérison
1950	DONASO		CHILI			endomètre		Amib.génit.	
1951	BHOUMIK		INDES					Amib.génit.	
1952	MOFTY				Leucorr. + sang	vagin+vulve + péri-anal		Amib.génit.& péri-anale	
1953	DEMYNCK	45	CONGO		Leucorr.	vagin		Amib.génit.	Emétine guérison
1954	CARTER	34		Selles = +	Métrorr. Leucorr. Doul. abdomin.	col nécrosé	Cancer du col + syphilis	Carcinome + Amib.génit.	RX - Emétine -DCD
1957	BHADURI 16 cas		INDES	Dysent. Selles = +	Leucorr.	vagin = 14 cas		Amib.génit.	Emétine Guérison
					doul. pelvien.	trompes = 2 cas	Salpingite	Salpingite amibienne	Emétine Guérison
1960	BIAGI	1 an		Diarr.	ulcère vulve	hépato-mégalie	Phlegmon vulve,néo	Amibiase généralisée	Emétine Guérison
1960	MOGRABY	25		Dysent.	Doul. abdom. dyspareunie leucor. + sang	vagin ulcéré -gestition 14 semaines		Amib.génit. chez femme enceinte	Emétine Guérison
1961	MYLIUS	32	Nelle GUINEE	Selles = 0	Leucorr.	T.V.douloureux		Amib.génit.	Emétine Guérison
1963	deGROOTH	48	AFRIQ.	Hystérect. Selles = 0	Leucorr. + sang doul.abdomin.	T.V.doul. vagin ul-	Cancer du vagin	Amib.vagin.	Emétine Guérison
1964	BRAGA 2 cas	41	CHINE	Selles = +	Diarr. métrorr.	tumeur col, vagin	Cancer du col	Amib.génit.	Emétine Guérison
		52	CHINE	Selles = +	Leucorr. + sang Diarrhée	tumeur ulc. du col et du vagin	Cancer du col	Amib.génit.	Emétine Guérison
1964	MULAS		Nlle GUINEE	Selles = 0	Leucorr.	ulcère inguinal vagin & col		Amib.génit.	Emétine Guérison
1964	HINGAM		SINGAPOUR		Leucorr.	vagin+col		Amib.génit.	
1966	SLABBER		AFRIQ.					Amib.génit.	
1966	FOLLNER 3 cas		LIBYE			vagin + utérus		Amib.génit.	Emétine Guérison

ANNEE	AUTEUR	AGE	LIEU	ATC SELLES	S.F.	S.P.+ SPECULUM	D.G.INITIAL	D.G. FINAL	TT.EVOLUT.
1966	MUNGHIA 24 cas		MEXIQUE	Dysent.	Leucor. 4 cas	Col ± vagin	Cancer du col	Cancer du col +Amib.génit.	
					Leucor. 16 cas	Col ± vagin	Cancer du col	Amib.génitale	
					Leucor. 2 cas	Col ± vagin	Infection génitale	Amib.génit.	
					Leucor. 2 cas	vagin	Vaginite	Amib.génitale	
1967	ROMEIRO		BRESIL		Leucor. + sang	Ulcère vagin + utérus	Cancer du col	Amib.génit. +trichomonas.	
1968	ALBORES 4 cas	28	U S A	Dysent.	Oligo-ménor. doul. pelv.	Col ulcéré	Cancer du col	Cancer in situ + Amib.génit.	Emétine + hystérect. Guérison
		45	U S A		Leucor. +métror.	Masse nécrosée sur le col	Cancer du col	Cancer du col + Amib.génit.	Emétine + RX = Guérison
		56	U S A	Dysent.	Leuco. +sang	Masse nécrosée à la vulve	Cancer de la vulve	Cancer vulve + Amib.génit.	Emétine DCD
		36	U S A	Dysent.	Leuco.+ sang + doul.pelvienne	Col ulcéré	Cancer du col	Cancer du col + Amib.génit.	Emétine + RX - DCD
1969	GOGOI 2 cas	32	INDES	Selles = +	Leuco. + sang	TV doul. vagin, vulve ulcér.		Amib.génit.	Emétine Guérison
		50	INDES	Selles = +	Leuco. + sang	TV doul. vagin+col		Amib.gén.	Emétine Guérison
1970	MENDOZA		MEXIQ.					Amib.génit.	
1971	MACCLAT-CHIE					Col ulcéré		Amib.génit.	Flagyl Guérison
1972	POLTERA		AFRIQ.			Vulve		Amib.génit.	
1973	COHEN 3 cas	20	AFRIQ.		Leuco. Dysurie	Fistule recto-V Col ulcéré	Cancer du col	Amib.génit.	Flagyl
		?	AFRIQ.	Selles = +	Leuco.	Col, vagin ulcérés	Cancer ou Amibiase	Amib.généralisée	DCD Amib. intestin.
		38	AFRIQ.		Leuco.	Vagin induré, col dur			

AMIBIASE GENITALE C H E Z L' H O M M E

ANNEE	AUTEUR	AGE	LIEU	CONTAMINAT.	S. F.	S. P.	D.G.INITIAL	D.G. FINAL	T.T. EVOLUT.
1922	WARTHIN	33	U S A	Dysent. Selles = + hématogen.	AEG amaigris 16 Kg	Testic. + épididyme	..	Amibiase généralisée	DCD de Pneumonie
1923	HINES	23	U S A	Selles = + hématogen.	écoulem. doul.périnée	TR vésicules sémin. tendues		Amibiase génitale	Emétine
1924	STRAUB		INDES	Coït anal		Pénis, gland		Amibiase génitale	
1932	ROCCA			Selles = + hématogen.	doul.périnée	Prostate		Amib.prostate & intestin.	
1933	BALANOS FUENTES			Coït		Ulcération du gland	épithélioma	Amib.génitale	
1938	FETSHRIFT			14 cas				Amib.génitale et	anale
1939	WU & SHI	54	CHINE	Coït anal	dysurie	Ulcère du pénis Phimosis	Carcinome du gland	Amib.génitale	DHémétine Guéris.
1942	HERMANN	25	U S A	Dysent. Selles= +		Ulcère du pénis très doulour.	Syphilis Carcinome	Amib.génitale	Emétine Guéri.
1946	BROWNE			Dysent.	Doul.périnée	Prostate		Amib. prostate	
1946	BERKOVITZ			Hématogen. Dysent.	Doul.périnée	Prostate		Amib. Prostate	
1949	SEN							Amib.génitale	
1950	GATE	23	INDO-CHINE	Dysent.		Ulcère du périnée		Amib.génitale	
1960	SOSA CAMACHO		MEXIQ.	Coït anal	Doul. prurit u	Ulc.du pénis	Syphilis Carcinome	Amib.génitale	Emétine Guéris.
1961	MYLIUS	47	GUINEE	Dysent. Selles=0 Coït	écoulem-méat	Ulc.gland & prépuce	Balanite	Amib.génitale	Emétine Guéris.
1961	SCHOEW		GUINEE	Coït		Pénis		Amib.génitale	
1962	TALWAL-KARG		INDES	Coït		Pénis		Amib.génitale	

ANNEE	AUTEUR	AGE	LIEU	CONTAMINAT. 6	S. F.	S. P.	D.G.INITIAL	D.G.FINAL	TT. EVOLUT.
1962	SELDAGI		GUINEE	Coït		Pénis		Amib.génitale	
1962	SAYED		BRIT.	Coït anal		Prépuce		Amib.génito-urin.	
1964	COOKE	30	GUINEE	Sodomie	écoulem.	Ulc.pénis	Balanite	Amib.génitale	Circ. Guéri.
		30	"	"	" + dysurie	Prépuce, gland dur ulcérat.		Amib.génitale	Résect. Guéri.
		20	"	"		Prépuce		Amib.génitale	Circ. Guéri.
		40	"	"		Prépuce		Amib.génitale	Circ. Guéri.
		40	"	"	écoulem.	"		"	Emét. Guéri.
		30	"	"	"	Ulc.pénis		"	"
		37	"	"	"	Ulc.gland		"	"
		35	"	"	"	Prépuce		"	"
1967	PURPON			Coït anal	brûlure pénis	Ulcér. du pénis		Amib.génitale	Emétine Guéris.
1967	VELASCO		MEXIQ.			Pénis		"	

V - EPIDEMIOLOGIE

A - Facteurs déterminants :

- l'amibe
- siège des lésions
- mode de contamination

B - Facteurs favorisants :

- géographie
- âge et sexe
- coutumes - hygiène
- facteurs individuels

C - Fréquence

A - Facteurs déterminants

- L'amibe responsable des lésions génitales est l'amibe histolytica.

Elle sera décrite au chapitre du diagnostic positif.

- Les lésions siègent sur la peau et les muqueuses génitales.

. Chez la femme, sont atteints :

VAGIN + UTERUS	30 cas	80 %
VAGIN	26 cas	
ENDOMETRE	3 cas	
COL	15 cas	
VULVE	4 cas	15 %
VULVE + VAGIN	8 cas	
MASTITE, SALPINGITE, ABCES de l'OVAIRE		5 %
LES ASSOCIATIONS :		
ANO-GENITALE	5 cas	
GENITO-URINAIRE	1 cas	
FISTULE RECTO-VAGIN	2 cas	

. Chez l'homme :

PENIS	)	
PENIS + GLAND + PREPUCE	)	85 %
PROSTATE	4 cas)	
GLANDES SEMINALES	1 cas)	15 %
TESTICULE EPIDIDYME	1 cas)	

- La contamination, chez la femme, se fait par le périnée, à partir d'une amibiase intestinale. Plusieurs mécanismes peuvent être incriminés :

= Utilisation de garnitures périodiques au cours d'une diarrhée abondante.

= Après la défécation, par l'intermédiaire du papier de toilette.

= MYLIUS, en 1961, prnse que l'habitude courante dans certains pays de nettoyer les zones ano-génitales après la défécation, avec un jet d'eau, faciliterait la contamination vaginale.

= Une fistule recto-vaginale est signalée dans 2 cas (MUNGHIA 1966, et COHEN 1973).

Il existe une possibilité de contamination hématogène, mais celle-ci n'est pas prouvée.

L'infestation isolée des voies génitales est possible. Mais le rôle des contacts vénériens semble négligeable (MUNGHIA, 1966).

Par contre, la contamination génitale isolée, chez l'homme, semble la règle. Celle-ci peut se faire par :

= Coït génital, la femme atteinte d'amibiase vaginale contaminant son partenaire. MYLIUS, en 1961, diagnostique une amibiase génitale chez un homme, puis chez sa femme qui présentait des pertes vaginales depuis des années. SELDAGI, en 1962, décrit une observation semblable.

= Coït anal, qui est le plus fréquent mode de contamination.

La diffusion d'amibes à partir d'une lésion intestinale est plus rare, soit par le périnée, soit par dissémination hématogène chez des amibiens chroniques présentant des lésions multiples.

Au total, chez la femme, la contamination se fait à partir d'une lésion intestinale, par manque d'hygiène. Chez l'homme, il s'agit le plus souvent d'une "maladie vénérienne".

B - Conditions favorisantes

- La répartition géographique est identique à celle de l'amibiase intestinale : pays tropicaux et sub-tropicaux.

. ASIE		30 % (Chine, Indochine et Indes)
. AFRIQUE		15 % (Afrique du Sud, Ghana, Congo)
. AMERIQUE :	USA	8 %
	LATINE	32 % (Mexique, Argentine, Brésil)
. NOUVELLE GUINEE		15 %.

Ces chiffres appellent quelques commentaires : En Nouvelle-Guinée, la sodomie, couramment pratiquée, semble en partie responsable de ce pourcentage élevé. Par ailleurs, la maladie est rarement décrite en Afrique; ce qui s'explique, peut-être, par le peu de publications sur ce continent.

- La maladie se rencontre à tous les âges : la plus jeune malade est une petite fille de 13 mois ; la femme la plus âgée avait plus de 70 ans.

Chez la femme, l'incidence de la maladie est plus importante entre 30 et 50 ans. Elle est pratiquement inexistante avant 20 ans, alors que les localisations intestinales et hépatiques sont fréquentes chez les enfants.

0 à 20 ans	1 cas
20 à 30 ans	16 %
30 à 40 ans	26 %
40 à 50 ans	30 %
50 à 60 ans	10 %
60 à 70 ans	12 %
70 à 80 ans	4 %

Chez l'homme, les renseignements obtenus ne sont pas aussi précis. Il semble que la maladie atteigne des hommes plus jeunes.

- Hygiène et coutumes locales.

Le manque d'hygiène, responsable de l'amibiase intestinale, l'est aussi de la contamination des organes génitaux. Les eaux polluées, le péril fécal sont responsables de la dissémination de la maladie. Les erreurs d'hygiène post-défécation sont plus spécialement responsables de la localisation vaginale.

En Nouvelle-Guinée, la sodomie est pratiquée par les hommes qui vivent entre eux, à l'écart des villages où se trouvent femmes et enfants ; ce qui est à l'origine d'un grand nombre d'amibiase du pénis.

- Facteurs individuels.

Tout sujet exposé au risque ne fait pas une amibiase génitale. Certains facteurs individuels favorisent l'implantation du parasite.

RUKMONO, en 1960, pense qu'un pH vaginal alcalin favoriserait l'implantation de l'amibe. BOECK et BOHLAU (1959) ont montré qu'un pH entre 7,2 et 7,8 favorise la culture in vitro des amibes.

Les sécrétions vaginales et utérines varient en composition et en volume suivant les périodes d'activité génitale. Cependant, la ménopause ne semble jouer aucun rôle, selon certains auteurs.

WU et SHIH (1935), puis MUNGHIA (1966) pensent que des modifications de l'épithélium, notamment dues à des infections vaginales, peuvent favoriser la survenue d'une amibiase génitale. Ils avancent les arguments suivants :

- WU et SHIH décrivent le cas d'une femme qui, après avoir présenté pendant longtemps une infection génitale chronique, est atteinte d'amibiase

génitale, laquelle guérit facilement grâce à l'émétine, alors que persistent les lésions de cervicite chronique. Ils en déduisent que les lésions amibiennes se sont développées sur une muqueuse infectée.

Pour MUNGHIA, toutes les femmes chez qui cet auteur a fait le diagnostic d'amibiase génitale (24 cas) présentaient depuis quelques années des signes d'infection génitale chronique. Ce qui semblerait prouver que le parasite se développe sur une muqueuse altérée. Cette notion est contraire à ce qui se passe au niveau des muqueuses intestinales qui doivent être saines pour que le parasite puisse s'implanter (Professeur BRUMPT). En fait, on peut se demander si l'infection chronique dont souffraient ces femmes n'était pas, en fait, déjà due à l'amibe.

WU et SHIH, en 1939, décrivent une amibiase du gland et du prépuce chez un homme présentant un phimosis. Cette particularité anatomique pourrait avoir favorisé le développement du parasite chez ce sujet qui, par ailleurs, était homosexuel.

GRAIG (1932) et ENGMAN (1931) prouvent qu'une solution de continuité de l'épiderme est nécessaire pour que l'amibe se développe dans le derme, celle-ci ne franchissant pas la peau saine.

D'autre part, des facteurs généraux tels : une altération de l'état général, une obésité... pourraient jouer un rôle dans l'implantation du parasite.

C - Fréquence

BICKERS, aux USA, pense que 0,5 % des leucorrhées pourraient être d'origine amibienne dans son pays. BHADURI, aux Indes, trouve des amibes dans 11% des leucorrhées.

En fait, peu de cas ont été décrits. La maladie, du moins chez la femme, est certainement beaucoup plus fréquente qu'on ne le pense habituellement. Seuls les cas graves ou recherchés systématiquement sont diagnostiqués. Par ailleurs, un traitement par les antiamibiens de synthèse pour une amibiase intestinale, stérilise une éventuelle localisation génitale associée. Ainsi, le diagnostic ne sera jamais porté...

VI - CLINIQUE

A - ANTECEDENTS, DUREE D'EVOLUTION AVANT LE DIAGNOSTIC

B - SIGNES CLINIQUES CHEZ LA FEMME

C - FORMES CLINIQUES

D - TRAITEMENT ET PROPHYLAXIE

A - ANTECEDENTS ET DUREE D'EVOLUTION AVANT LE DIAGNOSTIC -

Les antécédents de dysenterie amibienne ou d'amibiase chronique intestinale sont les plus fréquents, puis viennent les infections génitales.

	Homme	Femme
Amibiase intestinale	25%	75 %
Infection génitale	5 %	25 %
Antécédents génitaux	phimosis 1 cas	hysterectomie 2 cas

La durée d'évolution des signes cliniques avant le diagnostic est très variable. Chez la femme, la leucorrhée débute en moyenne 5 à 6 mois avec un minimum de 10 jours et un maximum de 6 ans (GOGOI, 1969) avant la première consultation. Chez l'homme, l'ulcère du pénis est très rapidement extensif et très douloureux, ce qui entraîne une consultation plus précoce, le plus souvent quelques jours après le début des lésions.

B - SIGNES CLINIQUES CHEZ LA FEMME -

1° - Signes fonctionnels :

- pertes vaginales 95 %
- douleurs 15 %
- troubles sexuels (dyspareunie).

Les pertes vaginales, quasi constantes, apparaissent en premier. Elles sont profuses, plus ou moins épaisses, blanchâtres ou jaunâtres, plus ou moins fétides. Après quelques mois d'évolution, cet écoulement se teinte de sang.

Les douleurs sont moins fréquentes, et s'établissent après un certain temps d'évolution. Elles sont : abdominales, pelviennes, périnéales, ou vulvaires, à type de crampe, de pesanteur. Elles peuvent être très intenses.

Les troubles sexuels sont rares, à type de dyspareunie.

Les signes d'accompagnement dus à une autre localisation de l'amibiase sont fréquents, intestinaux (diarrhée) ou urinaires (dysurie, écoulement uréthral muco-purulent).

2° - Signes physiques

L'examen général est le plus souvent normal. On note parfois des adénopathies inguinales, dures, peu volumineuses, mobiles, non adhérentes aux plans profonds. Les lésions siègent sur les muqueuses génitales (vagin et urérus) ou sur le derme (vulve).

a. Lésions des muqueuses : Les lésions vaginales et utérines peuvent être isolées ou associées :

Le toucher vaginal est douloureux, nécessitant parfois une anesthésie générale (3 cas : GOGOI 1969, de GROOTH 1963). Le vagin peut être induré, rétréci, n'admettant qu'un doigt au toucher. Le doigtier ramène une glaire muco-purulente, parfois sanglante. Les paramètres sont infiltrés dans deux cas (BRAGA 1964 et COHEN 1973).

L'examen au speculum met en évidence une simple inflammation ou une ulcération vaginale. Cet ulcère ressemble cliniquement à celui de l'intestin. Il est :

. unique ou multiple,
. petit, d'un diamètre moyen d'un centimètre,
. avec des bords nets,
. une base indurée,
. un fond sanieux,
. saignant facilement au contact,
. recouvert d'un exsudat parfois teinté de sang.

Petits et nombreux, les ulcères confluent pour former de vastes pertes de substance, aux contours en "carte de géographie". Des zones purement inflammatoires et des zones ulcérées peuvent voisiner.

Le col de l'utérus parasité par l'amibe est, soit inflammatoire et oedématié, soit ulcéré et nécrosé, ou bien présente ces deux types de lésions. L'ulcère du col est identique à celui du vagin décrit plus haut.

Dans deux cas, il existe une fistule recto-vaginale (MUNGHIA 1966, et COHEN 1973).

b. Lésions vulvaires :

La vulve est d'abord oedématiée et inflammatoire, puis indurée et ulcérée. L'ulcère cutané amibien ressemble à celui des muqueuses par les caractères suivants : il est irrégulier ; avec des bords nets, une base indurée, un fond sanieux ; il est recouvert d'un exsudat . Mais il est doulou-

reux spontanément après un certain temps d'évolution ; il est unique et très rapidement extensif, phagédénique, pouvant s'étendre aux grandes lèvres, aux plis inguinaux (1 cas, MUNGHIA 1966) et même à l'abdomen chez une petite fille de 13 mois (BIAGI 1960). Il peut aussi gagner les muqueuses génitales. Dans un cas d'amibiase génito-urinaire (NGAI 1933), l'orifice uréthral est ulcéré.

Les localisations cervicales, vaginales, et vulvaires sont fréquemment associées.

3° - Signes généraux

La maladie est le plus souvent bien tolérée sur le plan général. Cependant, la localisation de l'amibe sur le tractus génital peut entraîner une fièvre élevée (40°), une altération importante de l'état général. ROSE, en 1946, décrit le cas d'une malade amaigrie, fébrile, à l'état général très altéré, sans amibes dans les selles, ayant des pertes vaginales dans lesquelles on découvre des amibes, et guérissant en quelques jours par le traitement anti-amibien, preuve que seule la parasitose génitale était responsable des signes généraux. Néanmoins, une altération de l'état général est le plus souvent due à une autre localisation de l'amibe ou à un cancer associé.

4° - Evolution.

L'amibiase des muqueuses génitales et du derme (vulve) évolue différemment.

Les lésions vaginales et cervicales, après une phase aiguë de plusieurs mois, deviennent chroniques. La lésion initiale s'organise et se

transforme en une masse tumorale, ulcérée et nécrosée, pouvant être très volumineuse et envahir col et vagin (WU 1935, BRAGA 1964, MUNGHIA 1966). Cette infection chronique cervico-vaginale peut évoluer à bas bruit pendant des années.

Les lésions vulvaires sont rapidement extensives, phagédéniques. Elles n'ont aucune tendance à la guérison spontanée et ne passent pas à la chronicité.

5° - Diagnostic positif :

- Examens orientant le diagnostic
- Mise en évidence de l'amibe
- Lésions anatomopathologiques.

a. Les examens complémentaires suivants permettent une orientation du diagnostic :

La N.F.S. montre une hyperleucocytose (15 à 20 000 globules blancs) avec une polynucléose (60 à 70 %). Il n'existe pas d'anémie. La vitesse de sédimentation est fortement accélérée, supérieure à 100 à la première heure.

Le diagnostic d'amibiase intestinale ou extra-intestinale est un argument de valeur : les examens des selles sont positifs dans 75 % des cas(kystes ou formes végétatives). La rectosigmoïdoscopie permet parfois de mettre en évidence des ulcères amibiens alors que les examens de selles étaient négatifs. Les réactions sérologiques, si elles sont pratiquées, permettent de soupçonner une amibiase extra-intestinale ; toutes les techniques peuvent être employées : fixation du complément, double diffusion en gélose, immuno électrophorèse, hémaglutination indirecte, immunofluorescence.

b. La découverte de l'amibe dans la lésion génitale affirme le diagnostic.

On examinera successivement :

- les pertes vaginales
- l'exsudat provenant des ulcères
- les frottis, notamment du col
- la biopsie des tissus pathologiques si elle est pratiquée.

Les pertes vaginales, les exsudats, les zones nécrosées et ulcérées provenant des biopsies contiennent des amibes. Les tissus parasités sont ceux du col utérin, du vagin et de la vulve ; BHADURI, aux Indes, a trouvé deux fois des amibes dans des lésions de salpingite chronique.

Les prélèvements sont d'abord examinés à frais, au microscope entre lame et lamelle. L'amibe responsable des lésions est Entamoeba histolytica. Elle est : mobile, mesure 15 à 30 microns, est composée d'un cytoplasme et d'un ectoplasme. Le cytoplasme contient des globules rouges phagocytés et des bactéries. L'ectoplasme, plus pâle, est de texture plus homogène. Le noyau est invisible à frais.

Plusieurs méthodes sont utilisées pour fixer et colorer les prélèvements :

- technique de Papanicolaou
- M.I.F. (Merthiolate-iode-formol)
- Hématoxyline ferrique
- Giemsa
- P.A.S.
- Eosine, ...

Selon la méthode de Papanicolaou, les mucosités vaginales ou les frottis sont étalés sur lame et colorés par le liquide de Schrom,

permettant de différencier cellules basophiles et acidophiles. L'amibe est basophile. MUNGHIA, en 1966, est le premier à utiliser cette technique pour le diagnostic de 24 cas d'amibiase génitale.

L'hématoxyline ferrique ou le M.I.F. permettent de colorer le noyau de l'amibe. Celui-ci est rond, avec de petits grains de chromatine périphérique. Le caryosome est toujours central.

Il n'existe pas de forme Minuta ni de Kystes dans les lésions génitales.

L'amibe peut être confondue avec :

-des Trichomonases vaginalis, mais leur cytoplasme ne contient pas de globules rouges et leur noyau est visible à frais ;
- des Histiocytes, mais les vacuoles sont nombreuses et les caractères du noyau sont différents ;
- des macrophages surtout, car ils peuvent contenir des globules rouges.

c. Lésions anatomopathologiques :

Description :

- des exsudats
- des lésions muqueuses
- des lésions dermatologiques.

- Les exsudats contiennent :

. de nombreux polynucléaires altérés,
. des petits histiocytes, des plasmocytes, lymphocytes,
. des globules rouges, des éosinophiles,
. des cellules détruites, desquamées,
. des bactéries et des amibes hématophages.

Ils sont riches en albumine et en fibrine. Ils sont éliminés sous forme de glaire teintée de sang, mêlée à des polynucléaires.

Les lésions tissulaires ont des caractères communs : L'amibe est présente uniquement dans les tissus nécrosés et non dans les tissus simplement inflammatoires. Elle provoque des lésions de nécrose et d'hématophagie. Elle se développe en profondeur car elle est anaérobie.

- Les muqueuses peuvent être le siège d'une inflammation, d'un ulcère ou d'un granulome inflammatoire.

L'inflammation n'est pas spécifique. La muqueuse contient de nombreux lymphocytes, plasmocytes, polynucléaires neutrophiles et éosinophiles, mais pas d'amibes.

L'ulcère peut être superficiel, recouvert d'une fausse membrane témoin d'un exsudat riche en fibrine et en albumine. La lésion peut être plus profonde, atteignant la sous-muqueuse et la musculeuse, altérant l'innervation et la vascularisation de la muqueuse, entraînant des hémorragies interstitielles. Après la guérison, il peut persister des zones de fibrose ce qui entraîne rétractions et adhérences. Les lésions superficielles et profondes peuvent coexister. La base des ulcères est infiltrée de cellules mononucléées, de polynucléaires neutrophiles et éosinophiles. Entre les ulcères, la muqueuse est saine ou oedématisée et inflammatoire, mais sans amibes.

Lorsque la lésion passe à la chronicité, il se constitue un granulome inflammatoire avec des zones nécrosées contenant des polynucléaires altérés, des débris cellulaires ; les cellules sont anarchiques et en partie détruites.

Ces lésions siègent au niveau du col utérin ou du vagin. L'épithélium cylindrique de revêtement de l'endocol, l'épithélium pavi-

menteux de revêtement de l'exocol et du vagin, sont détruits ; les cellules épithéliales sont hyperplasiées. On note une tendance éosinophile du tissu. Les frottis sont du type inflammatoire, Classe II ou III (MUNGHIA, 1966).

- Les lésions dermatologiques sont le siège (TIXIER, 1927) :

  . d'un infiltrat de lymphocytes et de plasmocytes,
  . d'une congestion du système vasculaire,
  . d'une inflammation dermique étendue,
  . d'une ulcération circonscrite, épidermo-épidermique, à l'emporte-pièce, taillée dans la continuité de l'épiderme (porodermie amibienne),
  . d'une large ulcération recouverte d'un exsudat fibrino-cruorique dans la trame duquel abondent les amibes,
  . Il peut exister des colonies amibiennes intra-dermiques à distance de toute ulcération (migration amibienne profonde).

Au total, la présence d'amibes dans les lésions génitales permet de porter le diagnostic d'amibiase génitale.

6° - Diagnostic différentiel

- Cancer
- Infection génitale

a. Le cancer du col ressemble cliniquement à l'amibiase chronique du col. De plus, leur association est fréquente. Le caractère inflammatoire des lésions, les frottis classe II et III, sans aucun signe de malignité et surtout la guérison après traitement anti-amibien permettront d'éliminer ce diagnostic.

b. Infections génitales.

Le chancre syphilitique primaire siégeant sur la vulve ou le col est superficiel, indolore, reposant sur une base indurée, caractères que peut prendre l'ulcère amibien ; des érosions muqueuses, souples et indolores peuvent évoquer des lésions syphilitiques secondaires.

Mais l'absence de tréponèmes dans les prélèvements, le B.W. négatif, la persistance de l'ulcère et surtout la découverte d'amibes redresseront ce diagnostic.

Les blennoragies, gonococciques ou non, très fréquentes chez la femme en période d'activité génitale, ressemblent cliniquement à l'amibiase génitale : pertes vaginales, inflammation ou ulcérations de la vulve, du vagin ou du col ; leur évolution chronique est semblable. Certains caractères sont particuliers à chaque étiologie mais il s'agit d'un diagnostic de laboratoire : découverte de gonocoques, de levures genre Candida Albicans, de parasites (trichomonas vaginalis), de pyogènes, de mycoplasmes ou de virus.

c. Formes cliniques.

- Amibiase génitale chez l'homme
- Association amibiase-cancer
- Association amibiase génitale et périanale.

1°- L'amibiase génitale chez l'homme, plus rare que chez la femme, a été décrite une cinquantaine de fois dans la littérature. Elle siège sur le pénis et, plus rarement, sur la prostate, les glandes séminales, les testicules et l'épididyme.

. Amibiase du pénis.

La maladie débute le plus souvent par une inflammation de la surface du gland ou du prépuce, douloureuse, accompagnée d'une décharge purulente, épaisse, crémeuse, teintée de sang. A ce stade, le prépuce ne peut se rétracter, et COOKE, en 1964, décrit un cas de rupture du prépuce entraînant la protraction du gland. Il existe alors des douleurs mictionnelles et une dysurie. Plus tard, il se produit une ulcération du gland qui peut s'étendre au pénis.

La maladie peut débuter par un oedème du pénis qui s'ulcère secondairement. COOKE décrit une tumeur du prépuce, ulcérée et nécrosée.

A l'examen, le gland est très tendu, douloureux à la palpation, inflammatoire ou ulcéré. L'orifice uréthral est parasité dans un cas (WU, 1939). La peau du prépuce est dure, tendue, non rétractable, inflammatoire ou ulcérée. Le pénis est oedématié, augmenté de volume ou ulcéré. l'ulcère pouvant s'étendre à tout le pénis.

L'amibiase génitale isolée, n'a pas de retentissement sur l'état général, du moins à son début. Des ganglions inguinaux, durs, peu volumineux, mobiles, non adhérents aux plans profonds, sont palpés.

La découverte de l'amibe dans l'écoulement du méat ou au niveau des ulcères permet de faire le diagnostic. Comme chez la femme, les muqueuses et le derme peuvent être parasités. Le pénis est le siège d'un ulcère dermique et le gland d'un ulcère muqueux. Dans deux cas (HERMAN 1942 et COOKE 1964), l'ulcère s'est transformé en un granulome inflammatoire.

L'ulcère du pénis est rapidement extensif ; il est alors très douloureux, nécessitant l'emploi de la morphine dans un cas (HERMAN). L'extension de la lésion peut être si rapide que l'on envisage une amputation partielle de la verge.

Le cancer de la verge est fréquemment évoqué du fait du caractère extensif des lésions. La découverte de l'amibe dans les lésions permet d'éliminer ce diagnostic, car il n'existe pas d'association amibiase-cancer à ce niveau. Les infections vénériennes sont, elles aussi, fréquemment évoquées : l'ulcère du pénis ressemble à un chancre syphilitique et l'écoulement au méat peut être mis sur le compte d'une gonorrhée, gonococcique ou non. Là encore, la découverte de l'amibe permettra de faire le diagnostic.

. Autres localisations.

L'amibiase de la prostate a été décrite 5 fois (ROCCA 1932, BROWNE 1946, VERKOVITZ 1946, LEROY des BARRES). Chez un amibien chronique, une dysurie, des douleurs périnéales, une prostate augmentée de volume doivent faire rechercher des amibes dans le liquide obtenu par massage prostatique.

La localisation aux vésicules séminales a été décrite par HINES en 1923 chez un malade se plaignant d'un écoulement uréthral, de douleurs périnéales et mictionnelles, sans polyurie ; dans les selles de ce malade, on découvre des amibes et il est traité par l'émétine ; cependant, les douleurs périnéales persistent et, au toucher rectal, les vésicules séminales sont distendues ; le liquide obtenu par massage contient des amibes hématophages qui ont phagocyté des spermatozoïdes et sont peu mobiles.

La localisation au testicule, déférent et épididyme, a été décrite par WARTHIN en 1922 chez un amibien chronique décédé de pneumonie ; ces lésions ont été découvertes à l'autopsie. Tous ces organes contenaient des amibes hématophages ; le déférent était dilaté et les canaux efférents ulcérés.

2° - Association amibiase-cancer.

Chez la femme, cette association a lieu au niveau du col utérin (10 cas) et une fois au niveau de la vulve (ALBORES, 1968).

Il s'agit d'une femme jeune, non ménopausée, présentant des troubles des règles (irrégulières, rares), des ménorragies, un écoulement vaginal mucopurulent teinté de sang. L'examen au spéculum met en évidence une tumeur ulcérée et nécrosée du col, parfois très volumineuse, envahissant le vagin. Dans les frottis Classe V, parmi les cellules cancéreuses, on trouve des amibes hématophages ; on les trouve également dans les biopsies provenant des zones nécrosées et ulcérées de la tumeur.
Au total, les signes cliniques sont identiques à ceux de l'amibiase cervicale chronique ou à ceux du cancer du col. La coexistence des deux lésions est fréquente (15 % des amibiases génitales).

Chez l'homme, aucune association amibiase génitale-cancer n'a été décrite.

3° - L'association amibiase génitale et périanale a été décrite dans 5 % des cas chez la femme :

MORSE 1943	2 cas (+ vagin +col)
MOFTY 1952	1 cas (+vulve +vagin)
WEINSTEIN 1948	4 cas (+vulve +vagin).

La contamination est favorisée par un prurit anal entraînant des lésions de grattage ; elle peut se faire de proche en proche à partir des lésions rectales ou par inoculation à partir des selles ou à l'occasion d'un coït anal (TOURAINE, 1939). Il se forme autour de la marge de l'anus une érosion circulaire ou une ulcération qui, de proche en proche, peut s'étendre aux organes génitaux.

d. Traitement et Prophylaxie.

- Méthodes
- Indications
- Résultats
- Prophylaxie

1° - Méthodes :

a. Traitement médical :

Les anti-amibiens tissulaires sont utilisés par voie générale :

. émétine, à la posologie de 1 mg/Kg/jour pendant 10 jours, en intramusculaire ; elle est souvent mal tolérée sur le plan gastro-intestinal, toxique sur le myocarde et les fibres nerveuses ; elle est associée avec la strychnine et la vitamine B. L'espace minimum de 45 jours entre chaque cure doit être respecté.

. Déhydroémétine, à la posologie de 1 mg/Kg/jour pendant 10 jours, moins toxique et mieux tolérée.

. Flagyl, à la posologie de 2 grammes par jour (8 comprimés par jour) pendant 10 jours.

Les anti-amibiens de contact peuvent être utilisés par voie locale (ovules). Les antiseptiques locaux sont utilisés sous forme de bains ou de douches vaginales (permanganate de potassium).

b. Traitement chirurgical : La circoncision a été utilisée avec succès pour le traitement de l'amibiase du gland et du prépuce.

2° - Indications

a. Historique du traitement.

Chez la femme, traitements locaux et généraux ont été utilisés avec succès, isolés ou en association. L'émétine est le plus souvent employée, la déhydroémétine plus rarement, le flagyl a été utilisé deux fois (Mac CLATCHIE 1971 et COHEN 1973) avant le cas rapporté ici/

Chez l'homme, le traitement général par l'émétine ou la déhydroémétine a été le plus souvent employé. COOKE, en 1964, a traité par la circoncision 4 cas d'amibiase génitale.

b. Actuellement :

Les traitements locaux sont inutiles. Seuls sont utilisés les anti-amibiens tissulaires qui ont, de plus le mérite de stériliser les lésions intestinales associées.

L'émétine, la déhydroémétine, ou le flagyl, peuvent être utilisés.

L'émétine, trop toxique, n'est plus employée.

La déhydroémétine présente les avantages suivants : c'est un produit en général bien toléré, malgré quelques nausées et vomissements ; surtout, il est très actif.

Le flagyl est mieux toléré que la déhydroémétine et il s'utilise par voie orale ; mais il semble moins actif : dans notre observation, il y a eu une reprise évolutive après une cure de flagyl, et la malade a été définitivement guérie par la déhydroémétine. Ainsi, malgré les avantages du Flagyl, nous semble-t-il préférable de traiter les localisations génitales de l'amibiase par la déhydroémétine et de faire un traitement de consolidation par le flagyl, selon le schéma suivant :

. Déhydroémétine 10 jours

. Flagyl 10 jours.

3° - Résultats :

Chez la femme, l'amibiase génitale évolue rapidement vers la guérison : diminution des signes fonctionnels en 4 à 5 jours, stérilisation de la lésion amibienne en 10 à 15 jours. Lorsque la maladie évoluait depuis longtemps, il persiste parfois des rétractions et rétrécissement du vagin pouvant nécessiter par la suite une dilatation aux bougies afin de permettre des rapports génitaux normaux.

Chez l'homme, l'amibiase du gland répond aussi facilement au traitement ; par contre, l'amibiase du pénis est plus difficile à traiter, nécessitant plusieurs cures d'anti-amibiens.

Dans les deux cas, l'évolution doit être suivie sur la clinique et les examens complémentaires : L'amibe disparaît des prélèvements, puis la numération et la vitesse de sédimentation se normalisent en quelques semaines, mais les réactions sérologiques peuvent persister positives pendant quelques mois.

4° - Prophylaxie :

Le traitement des porteurs sains, les mesures d'hygiène fécale (Latrines, utilisation d'eau non polluée pour l'alimentation, ...), l'éducation de la population, permettent de lutter contre les possibilités de contamination intestinale et donc de contamination génitale puisque les amibes contenues dans les selles sont le plus souvent à l'origine des lésions génitales. Chez la femme, l'hygiène personnelle, après la défécation, doit éviter la diffusion des amibes de l'anus à la vulve par l'intermédiaire du papier de toilette.

- - - - -

VII - DISCUSSION

A - ETIOPATHOGENIE
B - AMIBIASE ET CANCER
C - AMIBIASE ET INFECTION GENITALE
D - AMIBIASE ET GROSSESSE

A - ETIOPATHOGENIE -

1° - Amibiase des muqueuses génitales.

Pourquoi et comment l'amibe, dont ce n'est pas la localisation habituelle, envahit-elle les muqueuses génitales ?

L'amibe végétative s'attaque à la muqueuse génitale, traverse la basale par effraction, s'installe dans la sous-muqueuse en créant une minuscule cavité qui se remplit de débris nécrotiques et s'évacuera dans la lumière génitale. C'est parce qu'elle est anaérobie qu'elle s'enfonce en profondeur, et parce qu'elle contient une hyaluronidase qu'elle peut détruire les cellules de la sous-muqueuse. La muqueuse génitale permet une nutrition correcte de l'amibe. De plus, elle peut utiliser le mucus sécrété par les glandes cervicales et vulvaires (de BARTHOLIN et de SKENE) et le glycogène contenu dans les cellules épithéliales du vagin.

On a vu qu'un amibien chronique se contamine facilement. Le nombre restreint d'implantations muqueuses génitales peut surprendre ; pour l'expliquer, certains auteurs ont suspecté une immunité locale développée par la muqueuse (synthèse d'IGE) ; cependant, des modifications de l'épi-

thélium, du pH vaginal, de l'équilibre endocrinien, de la glaire cervicale. Enfin, une altération de l'état général ou une infestation amibienne massive pourraient être à l'origine du débordement de ces défenses.

2° - Amibiase cutanée (pénis et vulve).

Trois hypothèses tentent d'expliquer l'implantation de l'amibe dans le derme :

- Par voie hématogène, ce qui est théoriquement possible mais non prouvé (TIXIER).

- L'existence d'une solution de continuité de l'épiderme même minime (excoriation cutanée, lésion de grattage, infection vénérienne, ...).

- L'extension des lésions muqueuses de l'intestin au pourtour de l'anus, au périnée, aux organes génitaux externes ; ou à partir des muqueuses génitales.

3° - Amibiase des vésicules séminales et de la prostate.

Fait curieux, on retrouve des spermatozoïdes dans le cytoplasme des amibes qui colonisent testicule, déférent, vésicules séminales. Le liquide séminal, la prostate contiennent du fructose utilisable pour la nutrition de l'amibe.

B - AMIBIASE ET CANCER -

L'association amibiase-cancer génitale a été décrite par : LEE 1932, CARTER 1934, MUNGHIA 1966 et ALBORES 1968. La fréquence de cette association et leur similitude clinique posent les problèmes suivants :

- diagnostic
- corrélation entre les deux maladies
- modalité du traitement

Ces problèmes se posent au niveau du col et de la vulve chez la femme, du pénis chez l'homme. Nous étudierons plus spécialement la localisation cervicale.

1° - Diagnostic

Les malades consultent pour des pertes vaginales, présentent au speculum une masse cervicale plus ou moins volumineuse, ulcérée et nécrosée. Le laboratoire permet le diagnostic :

- Présence d'amibes dans les zones nécrosées, frottis Classe II ou III pour l'amibiase ;

- cellules malignes, frottis IV ou V pour le cancer ;

mais le problème n'est pas toujours aussi simple, car on peut aisément passer à côté d'un des deux diagnostics, ce qui a une incidence fâcheuse pour la conduite du traitement. Nous y reviendrons.

2° - Corrélations entre les deux affections :

Lorsque les deux maladies sont associées, s'agit-il d''un cancer surinfecté par des amibes, d'une coïncidence ou d'une infection génitale ayant favorisé l'apparition d'un cancer ?

a. Le cancer a été surinfecté par des amibes (LEE, MUNGHIA)

Il faudrait pour cela que l'amibe se trouve à l'état non pathogène dans le vagin. Cela est possible car elle y trouverait un milieu favorable pour sa nutrition. Cependant, on n'a jamais trouvé de kystes ni d'amibes minuta dans le vagin.

Par ailleurs, les tumeurs cancéreuses sont fréquemment surinfectées par des bactéries et des champignons ; elles peuvent l'être

aussi par l'amibe histolytique. ALBORES, dans ses statistiques en 1968, note que :

2% des cancers intestinaux sont surinfectés par l'amibe (4 sur 200)
0,3% des cancers du col " " " " (3 sur 1000)
2 % des cancers de la vulve " " " " (1 sur 50).

De plus, l'amibe provoque des ulcérations et des lésions de nécrose dans les tumeurs cancéreuses. En effet, c'est seulement dans ces zones que l'on trouve le parasite. Ces lésions disparaissent après traitement antiamibien, laissant la tumeur évoluer pour son compte.

b. Il s'agit d'une coïncidence : ALBORES, en 1968, a montré que la fréquence de l'amibiase dans les tissus néoplasiques n'était pas plus élevée que dans les tissus non cancéreux. Mais le cancer du col est à l'origine de la consultation qui permet de découvrir les lésions amibiennes associées ; ce qui rendrait compte du pourcentage élevé (15 %) des cancers associés aux affections amibiennes du col.

c. L'amibiase précède le cancer.

L'amibiase aiguë du col se transforme en une lésion chronique au bout de quelques mois. Cette lésion se présente sous la forme d'un granulome inflammatoire avec des zones ulcérées et nécrosées.

Par ailleurs, on connaît d'une part, la prédilection de l'amibe pour les muqueuses saines (Pr. BRUMPT), et d'autre part, la fréquence de la cancérisation des lésions infectieuses chroniques du col : il se forme d'abord un ectropion surinfecté, la muqueuse malpighienne chevauchant la muqueuse cylindrique de l'endocol ce qui entraîne une désorganisation cellulaire, une anarchie et même une cancérisation des lésions.

3° - Il est important de faire le diagnostic simultané des deux affections pour la conduite du traitement. ALBORES, en 1968, a décrit trois associations amibiase-cancer du col. La première a été traitée par radiothérapie puis, par l'émétine, des amibes ayant été découvertes secondairement dans les lésions ; cette malade est décédée. Les deux autres femmes, chez qui les deux diagnostics ont été faits au même examen, ont d'abord été traitées par l'émétine, puis l'une par radiothérapie et l'autre par hystérectomie ; elles ont toutes deux été guéries.
On commencera donc par traiter les lésions amibiennes, ce qui permettra de réduire le volume de la tumeur et d'en supprimer les zones ulcérées et nécrosées. Le traitement anti cancéreux sera utilisé par la suite avec plus d'efficacité.

C - AMIBIASE ET INFECTION GENITALE -

L'amibiase génitale est souvent prise pour une infection génitale banale ou une syphilis, d'autant que les lésions se ressemblent cliniquement.

L'infection amibienne coexiste rarement avec d'autres infections génitales aiguës :

Chez l'homme :	Gonocoque	HINES 1923
	Bacille de DUCREY	HERMAN
	Syphilis	HERMAN WARTHIN 1922.

HERMAN décrit le cas d'un soldat U.S. qui a présenté un ulcère du pénis dans lequel on a d'abord trouvé des bacilles de Ducrey, qui a présenté un B.W. positif et qui a été traité sans succès pour ces deux maladies ; la découverte d'amibes dans les lésions a permis de le traiter correctement.

Chez la femme, ROMEIRO en 1967 décrit une association avec trichomonas vaginalis. Cependant, on peut faire des réserves car ces deux parasites ont des morphologies voisines ; et le laboratoire, habitué à diagnostiquer le trichomonas, a pu confondre. On ignore quel a été le traitement mais, si l'on a utilisé le Flagyl - ce qui serait logique puisque celui-ci détruit les deux parasites - on ne peut savoir s'il existait des trichomonas vaginalis.

WU et SHIH, en 1935, ont publié un cas d''amibiase génitale précédée d'une cervicite chronique ; les lésions de cervicite chronique ont persisté après traitement antiamibien.

Par contre, les antécédents d'infection génitale seraient fréquents chez ces femmes. Pour MUNGHIA, pratiquement 100 % des femmes seraient porteuses d'infection génitale chronique pouvant évoluer depuis des années avant l'amibiase. On peut se demander si ces lésions n'étaient déjà pas dues à l'amibe ? Pour MUNGHIA, la modification de l'épithélium favoriserait l'implantation du parasite.

Il est curieux de noter que les lésions amibiennes génitales ne se surinfectent pas, contrairement à celles de l'intestin.

D - AMIBIASE ET GROSSESSE -

Deux cas d'amibiase génitale chez la femme enceinte ont été décrits. MOGRABY, en 1960, porte ce diagnostic chez une femme à la dixième semaine de grossesse, la traite par l'émétine et la guérit. Elle mettra au monde un prématuré vivant de 28 semaines. MUNGHIA décrit une observation analogue.

En 1966, un Hongrois, CZEIZEL, étudie la relation existant entre la mort foetale et l'infection amibienne de la mère. Chez 357 femmes ayant accouché entre Octobre 1963 et Octobre 1964, des examens parasitologiques des selles sont pratiqués et donnent les résultats suivants :

FEMMES EXAMINEES AYANT DONNE NAISSANCE à :	Total	Nombre ayant amibes dans les selles	Pourcentage d'amibes dans les selles
ENFANTS NORMAUX	200	17	8,5 %
AVORTEMENTS	100	32	32 %
PREMATURES	50	3	6 %
ANOMALIES CONGENITALES	3	1	33 %

En Hongrie, l'incidence de l'amibiase intestinale est de 6 à 9 % dans la population générale. La différence de la fréquence de découverte d'amibes chez les femmes qui ont donné naissance à des enfants normaux et celles qui ont avorté est significative. Deux hypothèses sont à retenir dans le rôle joué par l'amibiase :

a - L'altération de l'état général aurait entraîné le développement de l'amibiase et la mort foetale.

b - Une amibiase génitale de la mère aurait entraîné une contamination foetale in utero et la mort de l'enfant.

De tous ces faits, on peut conclure qu'il faut traiter toutes les femmes enceintes atteintes d'amibiase intestinale (clinique ou latente) et a fortiori, d'amibiase génitale.

- - - - -

CONCLUSION

Nous rapportons ici le premier cas observé en France d'amibiase génitale chez une femme. Au retour d'un voyage touristique en Algérie, pays peu amibien, cette femme présente des pertes vaginales dans lesquelles sont isolées des amibes hématophages. Des investigations complémentaires mettront en évidence des localisations intestinales et hépatiques. Il convient de souligner la rapidité de l'extension de la maladie, moins de deux mois après la contamination et la rapidité de l'évolution favorable sous traitement.

Une centaine d'observations ont été publiées jusqu'à ce jour. Seule les cas graves ou recherchés systématiquement sont diagnostiqués. L'incidence de cette localisation est certainement loin d'être négligeable en pays d'endémie amibienne. La localisation sur le tractus génital peut être isolée ou accompagner une lésion intestinale.

Chez la femme, la contamination se fait par le périnée, à partir des lésions intestinales. Les circonstances de découverte sont stéréotypées : pertes vaginales muco-purulentes, puis sanglantes. Le toucher vaginal peut être très douloureux. Au spéculum, on constate une ou des ulcérations du col ou du vagin (identiques aux ulcérations intestinales amibiennes) ou bien une tumeur du col plus ou moins surinfectée et nécrosée pouvant en imposer pour un cancer.

Chez l'homme, l'amibiase génitale peut être isolée. La contamination se fait par coït anal (sodomie) ou génitale (amibiase vaginale de la partenaire). Un ulcère du pénis, du gland ou du prépuce, accompagné ou non d'un écoulement muco-purulent au méat, sont les signes d'appel les plus fréquents. Des localisations prostatiques, des glandes séminales, des testicules, ont été décrites chez des amibiens chroniques.

Le diagnostic repose sur la découverte d'amibes hématophages dans les exsudats, frottis, biopsies provenant de la lésion ; c'est dire la place capitale du laboratoire.

Les lésions sont fréquemment associées à un néoplasme (15 %) surtout au niveau du col. Il ne faut pas méconnaître un cancer malgré la présence d'amibes. Une amibiase de l'utérus chez la femme enceinte peut être la cause d'une naissance prématurée ou d'un avortement.

Les lésions n'ont aucune tendance à régresser spontanément. Par contre, l'évolution est rapidement favorable sous traitement anti-amibien par voie générale (Déhydro-émétine ou flagyl). Les traitements locaux sont inutiles. Le diagnostic d'amibiase génitale évite au malade une intervention génitale.

- - - - -

Vu, le Président de Thèse :

Pr. L. C. BRUMPT.

Vu, le Doyen de la Faculté
de Médecine
Paris-Ouest,

Pr. BETOURNE.

Vu et Permis d'Imprimer :
Le Président de l'Université,
J. FREZAL.

BIBLIOGRAPHIE

ANDERSON, H.H. -

Amebiasis, p. 167.

ACEVADO (1960) -

J. Rev. Mex. Hosp. Gen., 83, 167, 1960.

ARIZA, C. -

Diagnosis of cervico vaginalis amebiasis.by exfoliate cytologie.

Ginecol. obstet. Mex., 29, 393-396, 1971.

ALBORES. -

Cancer with surimposed amebiasis.

Amer. J. Clin. Path., 49, 677-682, 1968.

BACIGALUPO. -

Amibiase vaginale et cutanée.

Semana Med. Buenos Aires, 49, 525, 1942.

BALASUBRAHMANYAN. -

Un cas d'amibiase vaginale.

Indian Medecine Gazette, 78, 250, 1943.

BALANO FUENTES. -

Amibiase cutanée du gland.

Rev. Med. Cir. Habana, 38, 33, 1933.

BERKOBITZ. -

Amibiase de la prostate. 1946.

BHADURI. -

14 cas. Entamoeba hist. in Leucorrhea and Salpingitis.

Amer. J. Obstet. Gyn., 74, 434, 1957.

BHOUMIK -

Un cas d'amibiase des organes génitaux féminins.

Ind. Med. Gaz., 86, 355, 1951.

BIAGI -

Biol. Med. Mex., 17, 57, 1960.

BICKERS, W. -

Un cas d'amibiase vaginale.

Virginia Med. Monthley, 70, 135, 1943.

BRAS -

Amibiase vaginale.

Med. Maandlab., 14, 260-261, 1947.

BROWN & MAC HARDY -

Gastro-enterology, 6, 191-196, 1946.

BRAGA, C.A. -

Amebiasis of cervix and vagina. 2 cas.

J. Obs. Gyn. Brit. Comm., 71, 299-301, 1964.

BRANDT -

Prensa Med. Mex., 21, 1, 1955.

BUCCO -

Arch. Ital.

Sc. Med. Trop., 31, 477, 1950.

CARTER, R.B. -

Invasion of squamous cells carcinoma of cervix uteri by Entamoeba.

Amer. J. Obs. Gyn., 68, 1607, 1954.

CASCIOROCCA.

Amibiase prostatique. 1 cas.

CLEALAND C.J. -

Trop. Med. Hyg., 47, 54, 1944.

COHEN, C. -

Three cases of cervix uteri amoebiasis.

J. Obs. Gyn. Br. Comm., 80, 476-9, 1973.

COOKE, R.A. -

Amaebic balanitis.

Med. J. Aust., 1, 114-116, 1964.

CRAIG -

Clinical parasitology, 3, 40, Phildelphia, 1944.

CROSSEN, R.J. -

Diseases of women, p. 295, 1953.

CURIEL -

Personal communication, 1960.

de GROOTH -

South African M.J., 37, 246, 1963.

DEMUYNCK -

Ann. Soc. belge Med. Trop., 33 (3) 209, 1953.

de TORRES E.F. -

Cytologic detection of parasitosis in the vagin.

Acta cytol., Baltimore, 17, 252. 7, 1973.

DESCHIENS, R. -

Amibiase et amibe dysenterique, p. 479.

DERIVAS -

Amoebiasis of the uterus.

Amer. J. Trop. Med., 1944.

ELDESTON, D. -

Personal communication.

DONASO -

I. Amibiase de l'endomètre.

Eev. Med. de Chili, 78, 813, 1950.

CZEIZEL -

Possible relation between foetal death and amoebic infection of the mother.

Amer. J. Obs. Gyn., 96, 264, 1966.

FETSHRIFT, H. -

Amibiase génitale et anale. 14 cas.

Anal. In Haut. V. Geschl., 221-224, 1938.

GAMET -

Amibiase vagin et utérus, 1960.

GATE -

Ulcération périnéale et pénienne d'origine amibienne.

Ann. dermat. et Syph., 10, 406, 1950.

GARIN -

S. Afr. Med. J., 21, 32, 1947.

GOGOI -

Amebiasis of the genital tract.

Amer. J. Obstet. Gyn., 105, 1281-2, 1969.

GRAS -

J. d'Urol., 62, 251, 1956.

GUIXA -

Sem. Med. Mex., I., 747, 1949.

HERMANN, H.B. -

Localisation pénienne.

J A M A, 120, 827, 1942.

HEILBURNN -

Amibiase vaginale.

Ned. T. Geneesk, 93, 3268, 1949.

HINGORANI, V. -

Amibiase cervicale et vaginale.

J. Int. coll. Sing., 42, 662-7, 1964.

HINES -

Localisation aux vésicules séminales.

J A M A, p. 274, 1923.

HUARD, P. -

Arch. Mal. App. Digestif, 27, 473, 1937.

ISAZA.

Amibiase vaginale.

Rev. Med. Yucatan, 25, 128, 1949.

JEANS -

British Med. J., 1464, 1966.

LAHIRI -

Un cas d'amibiase du pénis.

Ghana Med. J., 3, 32, 1964.

LEE.

Chin. Med. J., 46, 1096, 1932 : 2 cas d'amibiase génitale.

LEROY des BARRES -

Orchi-épididymite et abcès de la prostate.

MYLIUS -

Trop. Géogr. Méd., 14, 20, 1962 : Amibiase génitale chez un couple en Nouvelle-Guinée.

MAY -

Indian Med. Gaz., 78, 250, 1943.

MAC CONAGHEY -

Vagin et utérus, 1945.

MAC CLATCHIE -

S. Ann. Trop. Med. Parasitol., 65. 2, 207-210, 1971.

MENETRIER -

Salpingite amibienne.

MENDOZA, A.

Ginec. Obstet. Mex., 27, 45-52, 1970.

MANANA -

Sem. Med. Mex., 23, 480, 1960.

MORSE & SEATON -

Amer. J. Trop. Med., 23, 325, 1943.

MOGHRABY -

J. Obstet. Gynaec. Brit. Emp., 67, 332, 1960.

MULAS -

Med. J. Austr., 2, 179-80, 1964.

MUNGHIA -

24 cas d'amibiase vagin et utérus.

J. Obstet. Gyn., 94, 181-8, 1966.

NGAI & FRASIER -

Amibiase de l'orifice uréthral. 1 cas.

Chin. Med. J., 47, 1154, 1933.

NEVARES, VASQUES, C. -

Un cas d'amibiase vulvaire.

Rev. Ecuat. Hig. Med. Trop., Guyaquil.

OSEGUERA, PALOMAR J.F. -

Genital amoebiasis .

Ginecol. Obstet., Lima, 33, 319-25, 1973.

PANAYCTOTOU -

Mastite amibienne.

Loc. cit. p. 108.

PIEDRAHITA, A. -

Amibiasis cutanea y genital.

Orient. Med., Columbia, 2 (5), 217, 1952.

POLTERA -

Amibiase de la vulve. Un cas.

East A. Fr. Med. J., 49, 900, 1972.

POWEL, S.J. -

Lancet, 2, 602, 1965.

PURPON -

I. Amibiase du pénis.

J. Urol., 98, 372-4, 1967.

QUEVEDO, M.A. -

Amibiase du pénis. 1 cas.

Medicina, Mexico, 43, 240, 1963.

ROCCA -

Un cas de prostatite amibienne, 1932.

RODRIGUEZ -

Un cas d'amibiase ano-rectale.

Dermato. Rev. Mexico. I, 51, 1956.

ROMEIRO, F.B. & al. -

Hosp. (Rio), 72, 151, 1967.

ROSE, J.R. -

Lancet, I, 520, Avril 1946 : 2 cas d'amibiase vaginale.

RUCKMONO, B. -

Madj. Kedokt. J. Indonesis, 10, 43, 1960.

SLABBER -

South Afr. J. Obstet. Gynec., 4, 86, 1966.

STRAUB -

Un cas d'amibiase du pénis.

Geneesk T. Ned. Ind., 64, 899-90, 1924.

SAYED -

Amibiase génito-urinaire.

Brit. Med. J., I, 157, 1962.

SCHOEW -

Quelques localisations inhabituelles de l'amibiase.

Meded. vd Dienst. v. Gezondhedszorgin. Ned. N.Guinea, 8, 25, 1961.

SEN N.G. -

Brit. Med. J. (London), I, 808, 1949.

SOSA CAMACHO B. -

Amibiase cutanée et génitale.

Dermato. Rev. Mex., 3, 127, 1959.

TAWALKAR, G. -

Amibiase du pénis.

J. Indian Med. Ass., 39, 103, 1962.

TIXIER -

Ann. dermato. Syph., 521, 8, 1927;

TORRES, F. -

Amibiase uro-génitale

Rev. Inst. Mac. Cancer. (Mex), 21, 654-661, 1969.

TOURAINE & DUPERRAT -

Presse Méd., 47, 1086, 1939.

VELASCO, J. -

Amibiase du pénis.

Rev. Mex. Urol., 24, 527-34, 1965.

VISP -

Un cas d'amibiase vaginale.

WARTHIN, S.

Amibiase localisée sur testicule et épididyme.

J. Infect. Dis., 32, 280, 1922.

WEINSTEIN & WEED -

Amer. J. Obstet. Gyn., 56, 180-190, 1948 : 4 cas.

WILLIAMSON & BANIS -

Abcès amibien ovaire.

WILMOT A.J. -

Clinical amibiasis, p. 121.

WU & SHIH -

Chin. Med. J., 55, 139, Am. Gland.

Chin. Med. J., 49, 69, 1935. Am. col utérin.